

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

175

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Février 1907, à 1 heure

PAR

Charles MIGNAÇABAL

Embrochement de l'Artère Epigastrique

AU COURS

De la Paracentèse

Président : M. RECLUS, professeur

Juges { MM. ROGER, professeur
Marcel LABBÉ, agrégé
PROUST, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

175

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Février 1907, à 1 heure

PAR

Charles MIGNACABAL

Embrochement de l'Artère Epigastrique

AU COURS

De la Paracentèse



Président : M. RECLUS, professeur

*Juges { MM. ROGER, professeur
Marcel LABBÉ, agrégé
PROUST, agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie.....	POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale...	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.....	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GRANCHER
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	TERRIER
	BERGER
	RECLUS
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	N...
	PINARD
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAYARD	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	Vaquez
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMLIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Avant de présenter ce modeste travail ce nous est un devoir et un plaisir à la fois d'offrir ici à tous ceux, parents, professeurs et amis, qui nous ont aidé à mener à bien nos études médicales, l'expression de notre vive gratitude.

Durant les années que nous avons passées dans les divers services de médecine et de chirurgie nous avons eu le bonheur de trouver chez les cliniciens qui ont eu charge de nous instruire une grande sollicitude et un réel dévouement.

Que tous les maîtres éminents, dont nous avons suivi les leçons à la Faculté, tous ceux qui, ouvrant l'accès de leurs services dans les hôpitaux, nous ont fait l'honneur de s'intéresser à nous et de nous aider de leurs conseils, reçoivent ici nos respectueux remerciements.

M. le professeur Reclus, après avoir été un de nos maîtres les plus bienveillants, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse : nous le prions d'être assuré que nous sommes très sensible au grand honneur qu'il nous fait.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Embrochement de l'Artère épigastrique

Au cours de la paracentèse

INTRODUCTION

La paracentèse a été connue et pratiquée dès les temps les plus anciens. Hippocrate en avait tracé les règles, mais peu appréciée de ses successeurs, elle fut condamnée plus tard d'une manière formelle par Erasistrate. Chez les Romains elle eut pour adeptes Celse, Galien, Paul d'Egine. Ces médecins n'ouvraient le ventre qu'avec le caustique afin de retarder l'occlusion de la plaie et de prolonger ainsi l'écoulement du liquide. Longtemps discréditée la paracentèse ne fut en quelque sorte sauvée de l'oubli que par Fabrice d'Aquapendente qui le premier la pratiqua avec un instrument tranchant.

De son temps et jusqu'à la fin du ^{xvii}^e siècle on ponctionnait avec un instrument étroit aigu à double

tranchant, sorte de lancette qu'on remplaçait ensuite par une canule.

L'invention du trocart attribuée par les uns à Santorius, par les autres à Pigray, contemporain d'Ambroise Paré, marqua un véritable progrès dans l'histoire de la paracentèse en rendant cette opération plus facile et plus inoffensive. J.-L. Petit et d'autres médecins contribuèrent à vulgariser cet instrument qui depuis est devenu et resté classique.

Si dans l'immense majorité des cas la paracentèse est une opération complètement inoffensive elle a néanmoins donné lieu parfois à des accidents qui ont été bien étudiés par Festy dans sa thèse.

Ces accidents sont les uns d'ordre général, les autres d'ordre local et traumatique.

Parmi les premiers il faut citer l'adynamie et la syncope :

1° L'adynamie est un état de faiblesse qui va croissant à partir du moment de la ponction si bien que le malade s'éteint au bout de quelques jours sans autre phénomène qu'une dépression marquée de toutes les fonctions. Cette adynamie a été observée surtout avant l'usage des trocarts capillaires de Leudet et était due très probablement à l'écoulement trop rapide du liquide hors de la cavité abdominale ;

2° La syncope consécutive à la paracentèse est très rare, elle a son origine dans l'anémie cérébrale déterminée par l'afflux brusque du sang dans les organes soumis depuis longtemps à la compression, et c'est

pour obvier à cet accident que tous les auteurs conseillent d'opérer le malade dans la position horizontale (W. Widal). Cette explication est justifiée dans certains cas où la syncope se produit à la fin de la paracentèse, mais le plus souvent elle se montre au début de l'intervention et doit être considérée comme un phénomène d'ordre réflexe survenant chez les individus dont le système nerveux est très impressionnable.

Parmi les accidents dépendant directement du traumatisme se placent les complications inflammatoires ou phlegmasiques. Nous ne ferons que signaler les infections cutanées qui peuvent survenir à la suite d'une paracentèse non aseptique : simple érythème, quelquefois abcès plus ou moins étendus, plus exceptionnellement encore érysipèle.

Plus grave est l'infection péritonéale qui peut survenir à la suite de la paracentèse. Plusieurs cas de péritonite mortelle ont été signalés par différents auteurs à la suite de cette simple opération. Il ne faut pas toutefois s'exagérer ce danger car, si la péritonite se déclare, elle reste le plus souvent limitée, et déjà Grisolle apprenait à ses élèves « que la séreuse péritonéale se défend bien contre les petites malpropretés que peut lui apporter un trocart ».

La fistule péritonéo-cutanée s'observe plus fréquemment à la suite de la paracentèse. Il n'est pas rare en effet de voir suinter du liquide ascitique un temps variable après la ponction. Festy a, le premier, attiré l'attention sur cette complication et il pensait

comme son maître Peter, que cet état fistuleux de la plaie de ponction avait pour cause l'œdème de la paroi abdominale et l'emploi de trop gros trocars. Aussi recommandait-il pour éviter cet accident de suivre le procédé exposé par le professeur Dieulafoy dans son *Traité sur l'aspiration des liquides morbides*, c'est-à-dire l'emploi des trocars capillaires avec aspiration.

Enfin tous les auteurs classiques, et Festy en particulier, ont signalé la possibilité d'hémorragie à la suite de la paracentèse.

Tantôt le trocart a blessé une des grosses veines qui sillonnent la paroi abdominale dans la cirrhose de Laënnec. Il se produit alors une petite hémorragie sans gravité et qu'il eût été bien facile d'éviter en choisissant avec plus de soin le point d'élection.

Tantôt l'instrument a perforé une artère sous-cutanée, le plus souvent la tégumenteuze abdominale : dans ce cas encore l'hémorragie est peu abondante et facile à vaincre par la compression.

Tantôt et plus rarement le trocard embroche l'artère épigastrique : il en résulte une hémorragie abondante et rapidement mortelle. La perforation de l'artère épigastrique constitue donc un des accidents les plus redoutables de la paracentèse abdominale.

Tous les auteurs ont signalé la possibilité de cette complication mais ils n'y font qu'une allusion rapide ou la signalent en passant : Festy ne fait que le men-

tionner dans sa thèse et c'est en vain qu'on chercherait dans les traités classiques une observation d'embrochement de l'artère épigastrique. Cependant, pour exceptionnelle qu'elle soit, cette complication a été signalée dans des travaux récents, en particulier par Trzebicky (1890), Boidin (1903), Lian (1906). Et il ressort de tous ces faits que cet accident comporte le pronostic le plus grave puisque dans la presque totalité des cas il a entraîné la mort.

Nous avons jugé intéressant de consacrer ce modeste ouvrage à l'étude de cette complication qui, certes, jusqu'en 1890, n'a pas suffisamment attiré l'attention des auteurs qui ont écrit sur la paracentèse abdominale.

Nous nous efforcerons, par la comparaison des observations publiées, de préciser les phénomènes cliniques qui traduisent la perforation de l'artère épigastrique et de mettre en relief les symptômes essentiels, qui permettront au médecin de reconnaître l'existence de cette complication, diagnostic qui, comme nous le verrons, comporte dans certains cas une réelle difficulté.

Mais malheureusement il est des circonstances où le diagnostic n'est posé que quelques instants avant la mort, et rend la thérapeutique impuissante. D'autres fois même le médecin appelé quelques heures après la paracentèse n'arrive que pour constater la mort et faire le diagnostic rétrospectif de la complication fatale.

Ce qu'il importerait par-dessus tout c'est de cher-

cher les moyens d'éviter ce redoutable accident. Nous envisagerons donc ensuite les rapports de l'artère épigastrique avec le point classique d'élection, et nous arriverons, comme conséquence de ces considérations anatomiques, à montrer qu'il serait préférable de modifier le point classique.

Enfin les variations dans le trajet de l'artère épigastrique et de ses branches sont telles que malgré cette modification dans la technique on pourra encore observer tout exceptionnellement l'embrochement de cette artère par le trocart.

Nous essaierons, pour terminer, de montrer quelle pourra être la conduite thérapeutique du médecin dans cette dangereuse circonstance.

CHAPITRE PREMIER

La perforation de l'artère épigastrique, dans la ponction abdominale, est une complication tout à fait exceptionnelle. La paracentèse est, en effet, une opération de pratique courante, et en face de cas innombrables de paracentèse nous n'avons trouvé qu'un très petit nombre de perforations de l'artère épigastrique. Sabatier cite dans son *Traité de Chirurgie* un cas de Ledran où une ponction d'ascite fut suivie d'une hémorragie qu'on ne put arrêter par aucun moyen. Belloc cite un cas analogue. Ces auteurs ne précisent pas si le vaisseau lésé était l'artère épigastrique, mais il est probable qu'il en était ainsi, étant donnée l'intensité de l'hémorragie résistante à tous les procédés d'hémostase.

Le premier travail précis et documenté est du Dr Trzebicky (1890). Il rappelle un cas de Richter, un de Cline, un de Bérard, et y ajoute une observation personnelle. Plus récemment enfin, M. Boidin et M. Lian ont signalé chacun une observation et apporté une importante contribution à l'étude des rapports anatomiques de l'épigastrique et du point d'élection de la paracentèse abdominale.

L'étude comparative des tableaux cliniques qui

ont traduite dans tous ces cas la perforation de l'artère épigastrique nous a permis de les ramener à trois grandes formes cliniques :

a) Une *forme foudroyante* dans laquelle les phénomènes cliniques apparaissent aussitôt que le médecin a retiré son trocart et entraînent la mort en quelques instants à moins d'une intervention immédiate ;

b) Une *forme rapide* dans laquelle les troubles morbides s'installent progressivement dans l'heure qui suit la ponction. La mort survient au bout de trois heures environ.

c) Une *forme lente* qui n'aboutit à la terminaison fatale qu'au bout de plusieurs jours.

Dans tous les cas, c'est là un point sur lequel nous ne saurions trop insister, la paracentèse s'effectue sans aucun incident appréciable. Rien ne permet de supposer un seul instant qu'on ait pu embrocher l'artère épigastrique avec le trocart : le liquide ascitique s'écoule avec ses caractères habituels, le plus souvent il est jaune citrin. C'est là un fait dont l'explication semble assez facile : le trocart comble les deux orifices qu'il a créés dans la paroi artérielle le sang ne pourra s'écouler que lorsqu'on aura retiré le trocart de la plaie.

Mais, même à ce moment, il ne faut pas compter sur un écoulement abondant de sang rouge par la plaie de ponction. En effet, dans les observations les auteurs signalent seulement un petit jet insignifiant, ou un simple suintement, tous phénomènes insuffi-

sants à faire penser à une complication aussi redoutable. Ce n'est point ainsi que les vieux auteurs se représentaient les symptômes de cet accident. Velpeau dit qu'en pareille occurrence il se produirait un tel jet de sang lors de l'extraction du trocart que le diagnostic serait évident. Il n'en est rien, comme l'établissent les faits cliniques : du reste on s'explique bien que les choses se passent ainsi : l'artère épigastrique, au point où l'intéresse le trocart, est située à la partie toute profonde de la paroi abdominale et chemine au niveau du bord externe du muscle grand droit entre le feuillet postérieur de sa gaine et sa masse charnue. Il est très possible que lorsqu'on retire le trocart il n'y ait plus parallélisme entre la plaie et le canal étroit creusé dans l'épaisseur de la paroi par l'instrument.

En somme, aucun incident pendant l'opération, un léger écoulement de sang après le retrait du trocart, il n'y a là rien de caractéristique. La perforation ne se traduit que par des symptômes d'hémorragie interne. Toutefois dans la forme lente, comme nous le verrons à ceux de l'hémorragie interne, s'ajoutent des phénomènes de réaction péritonéale dus à la présence du sang dans la cavité abdominale.

C'est dans la forme foudroyante que les symptômes d'hémorragie apparaissent avec le plus de netteté. Dès que le trocart est retiré de la paroi abdominale le malade accuse tous les signes d'une perte de sang abondante.

Il présente un sentiment de défaillance et de refroidissement bientôt suivi d'accélération du pouls et de ralentissement de la respiration : sa face se décolore, son pouls file devient bientôt incomptable, des nausées surviennent, ses yeux se voilent, la syncope arrive bientôt suivie de la terminaison fatale.

Dans la forme rapide ces symptômes ne se produisent point dès la fin de la paracentèse. Le médecin peut très bien rester quelques minutes auprès de son malade, obturer la plaie de ponction, faire le bandage compressif de l'abdomen sans remarquer rien d'anormal. Le sujet est soulagé par l'extraction du liquide ascitique, ne présente aucun des signes alarmants qui apparaîtront chez lui au bout d'un temps variable, ainsi que nous le montre l'observation de M. Boidin. Dans ce dernier cas en effet la paracentèse avait été pratiquée à onze heures du matin et l'attention des infirmières ne fut attirée que vers deux heures de l'après-midi par l'apparition soudaine de phénomènes graves chez le malade qui jusque-là n'avait présenté que du bien-être.

Après un calme trompeur qui avait duré plus de deux heures le sujet devint pâle, présenta des nausées, des sueurs, tous les prodromes en un mot de cette syncope irrémédiable qui indique la résolution immédiate des forces et traduit une perte de sang trop abondante pour être compatible avec la survie du malade.

Nous avons vu dans ces deux formes cliniques la mort survenir par anémie suraiguë. L'observation

de M. Lian prise dans le service de M. Barié à l'hôpital. Laënnec nous montre que les phénomènes cliniques peuvent revêtir des caractères tout différents et n'aboutir à la terminaison fatale qu'au bout de plusieurs. Cette forme lente est intéressante à envisager dans tous ses détails car elle n'entraîne pas un pronostic immédiatement grave comme les deux autres : et si l'on pose le diagnostic d'embrochement de l'artère épigastrique on pourra sauver le malade par une ligature faite en temps opportun.

Dans cette forme, comme dans les deux autres, on observe des phénomènes d'hémorragie interne mais ils n'y revêtent point la même intensité ; à ces symptômes s'en ajoutent d'autres dus à la réaction de la séreuse péritonéale, réaction déterminée par l'arrivée du sang dans la cavité abdominale qui vient d'être abandonnée par le liquide ascitique.

Ici encore nous devons noter l'apparition rapide des accidents. La malade, qui avait été ponctionnée le matin, accusait le soir, au moment de la contre-visite, une gêne douloureuse de l'abdomen, présentait une pâleur assez intense de la face et une légère accélération du pouls qui battait à 100 pulsations par minute. Le lendemain ces premiers phénomènes n'étaient guère plus accentués : le facies était toujours pâle, la douleur abdominale peu intense ; elle s'accompagnait de quelques nausées, la fièvre était presque absente et M. de Massary, qui dirigeait à ce moment le service, pensa qu'il s'agissait d'une légère réaction péritonéale sous la dépendance de la

décompression brusque de la cavité abdominale. Le surlendemain l'état de la malade était stationnaire : on notait toujours de la pâleur, une faiblesse générale, un pouls un peu rapide ; la malade avait eu, en outre, deux ou trois vomissements. De plus la percussion de l'abdomen faisait observer de la matité des parties déclives. Le troisième jour tous les phénomènes étaient un peu plus accentués ; on constatait particulièrement l'augmentation assez rapide de l'étendue de la matité observée la veille.

Enfin le cinquième jour après la paracentèse, la dépression de la malade était considérable, tous les symptômes observés jusque-là avaient progressé et la terminaison fatale survenait sans qu'on eût pu en supposer un seul instant la cause.

En somme les éléments essentiels du tableau clinique de cette forme lente sont :

1° La pâleur de la face et l'accélération légère du pouls liés à la déperdition sanguine ;

2° Une gêne douloureuse de l'abdomen avec des nausées et quelques rares vomissements liés à l'irritation péritonéale ;

3° La matité des parties déclives traduisant l'irruption du sang.

La présence de cet ensemble symptomatique chez un malade au lendemain d'une paracentèse serait un gros élément de diagnostic pour le médecin qui n'aurait pas à se reprocher de fautes d'asepsie. Pour le compléter il lui serait d'ailleurs facile de faire une ponction exploratrice au niveau de la zone de matité

et de s'assurer s'il y a un épanchement sanguin dans la cavité abdominale.

Il pourrait encore tirer quelques renseignements d'un examen du sang qui lui décèlerait une diminution notable des globules rouges, sans augmentation du nombre des globules blancs, ou tout au plus, avec une légère leucocytose.

En somme, quelle que soit la rapidité avec laquelle il se déroule, le tableau morbide peut se résumer ainsi dans ses grandes lignes. Aucun incident appréciable pendant la paracentèse ; puis dès que le trocart est retiré léger écoulement de sang et apparition plus ou moins rapide des phénomènes d'hémorragie interne auxquels s'ajoutent des phénomènes de réaction péritonéale si la lenteur de l'évolution le permet.

CHAPITRE II

Diagnostic

Il est d'une importance capitale de savoir reconnaître l'existence d'une perforation de l'artère épigastrique chez un malade qui vient de subir la paracentèse abdominale. En effet, poser ce diagnostic c'est établir le traitement, c'est soustraire dans certains cas le malade à la terminaison fatale. Ce diagnostic se présentera avec des difficultés variables selon la forme clinique revêtue par les phénomènes morbides.

Dans la forme foudroyante en face du malade qui dès la fin de la paracentèse pâlit brusquement le médecin peut rattacher la lipothymie ou la syncope, à la douleur produite par le retrait brusque du trocart. Et il sera d'autant plus porté à penser ainsi s'il est auprès d'un malade impressionnable, d'une jeune femme dont les réactions nerveuses sont marquées. Cependant l'erreur pourra être évitée grâce aux considérations suivantes : la douleur ressentie par le malade est beaucoup plus intense au moment

où l'on enfonce brusquement le trocart dans la paroi abdominale. Ainsi la syncope se produit-elle presque toujours au début de l'intervention dans la paracentèse comme dans la thoracentèse. D'autre part la lipothymie ou la syncope sont d'origine émotive, elles cèdent très rapidement au traitement habituel : frictions alcoolisées, inhalation d'éther, injections sous-cutanées d'éther ou de caféine. Si on applique ces mêmes modes thérapeutiques aux phénomènes de défaillance liés à l'hémorragie interne on ne constate pas d'amélioration sensible ; bien plus on peut déterminer une exacerbation de tous les symptômes car les substances, comme l'éther et la caféine, relevant la tension artérielle, tendent à faire accroître l'hémorragie.

Enfin si au moment du retrait du trocart le médecin a constaté l'apparition d'un écoulement de sang par la plaie de ponction, c'est encore un argument de plus pour l'amener à poser le diagnostic d'embrochement de l'artère épigastrique.

Les difficultés de diagnostic sont tout autres dans la forme rapide. Le médecin a vu la paracentèse s'effectuer sans aucun accident, il a laissé son malade soulagé par l'extraction du liquide ascitique. Il pourrait donc, lorsqu'au bout d'une heure ou deux on l'appelle auprès du même malade, croire un instant qu'il n'y a aucun rapport étiologique entre la paracentèse et les phénomènes morbides qu'il constate ; mais la connaissance des faits observés suffira pour lui faire éviter cette erreur.

Il n'y a de réelles difficultés de diagnostic qu'en face de la forme lente. Il était presque impossible de reconnaître l'existence de la perforation de l'artère épigastrique dans le tableau clinique que nous avons étudié avant l'observation signalée par M. Lian. Même à l'heure actuelle où nous savons que les phénomènes morbides peuvent évoluer pendant plusieurs jours, avant la terminaison fatale, le diagnostic de cette forme reste des plus délicats.

En effet dans cette forme la présence d'un certain degré de réaction péritonéale rend la confusion presque fatale avec une légère infection de la séreuse abdominale. Il en sera ainsi dans tous les cas où le médecin ne sera pas absolument sûr d'avoir pratiqué la paracentèse avec une asepsie parfaite. Dans les deux cas, en effet, le malade présente des douleurs dans l'abdomen, des nausées, des vomissements, de l'accélération du pouls et un léger mouvement fébrile ; seules quelques nuances cliniques feront pencher le diagnostic vers l'une ou l'autre complication.

C'est ainsi que l'apparition précoce des accidents après la ponction, la pâleur de la face, l'absence de défense musculaire de la paroi abdominale seront en faveur de la perforation. On pourra, comme le conseille M. Lian, pratiquer l'examen du sang qui montrerait dans le cas d'hémorragie une diminution des globules rouges, tandis que dans l'infection péritonéale même légère on trouverait un nombre normal

de globules rouges avec hyperleucocytose polynucléaire.

Enfin si la percussion décelait une zone de matité franche dans les parties déclives, on pourrait recourir à la ponction exploratrice qui, en faisant retirer une sérosité louche ou un liquide sanglant, ferait cesser toute hésitation.

Malgré tous ces éléments de diagnostic, à cause de l'excessive rareté de la perforation de l'artère épigastrique, il arrivera que la possibilité de cette redoutable complication ne se présentera pas à l'esprit du médecin et c'est seulement à l'autopsie qu'on découvrira la véritable cause de la mort du malade.

On trouve dans ces cas la cavité péritonéale remplie de liquide sanglant : il s'agit de sang pur ou plus souvent de liquide ascitique mélangé à une grande quantité de sang. De plus, la fosse iliaque gauche est en général occupée par un caillot volumineux accolé au côlon. Dans certains cas, comme dans l'observation de M. Lian, un petit caillot, faisant saillie dans la cavité péritonéale et obstruant la plaie de ponction, attirera l'attention sur l'artère épigastrique. Quoi qu'il en soit, si l'on dissèque la paroi abdominale au point où a porté la paracentèse, on trouvera presque toujours au niveau de l'épigastrique les orifices d'entrée et de sortie du trocart.

Dans le cas de M. Boidin un large hématome obturait la plaie superficielle tandis que l'orifice profond était largement ouvert dans la cavité péritonéale.

On s'explique ainsi l'abondance du sang épanché

dans la cavité péritonéale et la rapidité de l'hémorragie, un véritable appel de sang étant déterminé dans ce cas par la brusque décompression abdominale. D'autre part dans l'observation de M. Lian un léger hématome pariétal obturait l'orifice superficiel et un petit caillot comblait presque complètement l'orifice péritonéal de l'artère. Cette disposition anatomique des lésions nous explique la lenteur particulière de l'évolution dans ce cas d'embrochement de l'artère épigastrique. On peut très bien admettre que l'orifice péritonéal comblé presque en totalité ne permettait qu'un suintement sanguin, ou même que l'hémorragie s'est produite en plusieurs temps, un caillot se formant puis se désagrégeant, se laissant entraîner pour se reconstituer ensuite.

CHAPITRE III

Pronostic

Poser le diagnostic d'embrochement de l'artère épigastrique dans la paracentèse abdominale, c'est porter un pronostic grave.

Bien souvent en effet cette complication se présentera sous la forme rapide, comme dans l'observation de M. Boidin : la forme lente sera, je crois, la forme exceptionnelle. Le médecin, qui avait laissé un malade soulagé par la ponction, arrivera le plus souvent pour constater sa mort et faire un diagnostic rétrospectif ; d'autres fois il le trouvera agonisant ou dans un état d'épuisement si accentué, qu'il jugera toute intervention inutile. Cependant lorsque le médecin assiste à l'éclosion des accidents, la gravité du pronostic est bien atténuée, car il peut, par une thérapeutique rationnelle, sauver la vie de son malade. Quoi qu'il en soit, la perforation de l'épigastrique au cours de la paracentèse est une complication redoutable, soit par la brutalité des hémorragies

qu'elle détermine, soit par les difficultés qu'éprouve le médecin pour établir un diagnostic exact.

Ce qu'il importe donc c'est de chercher à l'éviter dans la mesure du possible en étudiant les rapports des vaisseaux épigastriques avec le point de Monro et en choisissant un point d'élection où le danger de la perforation deviendra plus exceptionnel.

CHAPITRE IV

Du point d'élection

Une indication générale a guidé les différents auteurs dans le choix du point d'élection de la paracentèse. Le liquide ascitique refoulant en arrière et en haut la masse intestinale ils ont conclu que cette ponction devait être faite dans la partie antérieure et inférieure de l'abdomen. En outre il fallait éloigner autant que possible le trocart de la vessie du côlon et des vaisseaux épigastriques qui cheminent dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Depuis Monro on enseigne dans tous les Traités de Médecine que ce point d'élection est le milieu d'une ligne qui, partant de l'ombilic, aboutirait à l'épine iliaque-antérieure et supérieure; ce procédé a eu les faveurs de la grande majorité des médecins et des chirurgiens. D'autres procédés, comme celui de Lisfranc, celui de Zang, celui de Sabatier, ne sont pas entrés dans la pratique.

Lisfranc traçait une ligne réunissant l'appendice xiphoïde à la symphyse pubienne.

A $\frac{2}{3}$ de pouce au-dessous du milieu de cette ligne il traçait une deuxième ligne allant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et c'est au milieu de cette dernière qu'il enfonçait le trocart. Le procédé de Sabatier consistait à ponctionner assez haut dans le milieu de l'espace séparant la dernière fausse côte de la crête iliaque. Zang enfonçait son trocart à l'intersection de deux lignes, l'une verticale réunissant le bord inférieur de la douzième côte à la crête iliaque, l'autre horizontale partant de l'ombilic et se dirigeant vers le dos. Ces procédés n'ont point eu les mêmes faveurs que celui de Monro.

Tous les anatomistes ont approuvé le choix de Monro par leurs descriptions de l'artère épigastrique. M. le professeur Poirier dans son *Traité d'Anatomie* nous montre que « l'artère épigastrique naît sur le côté antéro-interne de l'iliaque externe à 8 ou 10 millimètres au-dessus de l'arcade crurale. Elle se dirige d'abord en bas en dedans parallèlement à l'arcade crurale, se recourbe de bas en haut et d'arrière en avant pour monter sur la face postérieure du muscle grand droit de l'abdomen ; elle pénètre ensuite dans la gaine de ce muscle au niveau de l'arcade de Douglas, chemine un moment sur le bord externe du muscle, ensuite sur sa face profonde, pénètre dans la masse charnue et s'anastomose un peu au-dessus de l'ombilic avec la mammaire interne ».

C'est après avoir décrit sa courbe initiale, encadrant l'orifice interne du canal inguinal, que l'artère épigastrique présente une portion ascendante dont la

situation est importante à préciser par rapport à la ligne ombilico-iliaque. Pour Hyrtl et Bardleben les vaisseaux épigastriques croisent la ligne ombilico-iliaque à l'union de son tiers interne et son tiers moyen. Le trajet de l'artère épigastrique, d'après Farabeuf, est assez bien représenté par une ligne allant du milieu de l'arcade crurale à l'ombilic. Si on trace cette ligne on voit qu'elle est distante de près de 2 centimètres du milieu de la ligne ombilico-iliaque, au point où elle s'en rapproche le plus. Toutefois certains auteurs mentionnaient des cas exceptionnels où l'artère épigastrique passait tout près du point de Mouro ; c'est ainsi que A. Richet dit que cette artère se rapproche parfois du lieu d'élection de la paracentèse abdominale au point de n'en être séparé que de quelques millimètres. Cependant ces faits n'étaient considérés que comme des anomalies très rares et le point de Monro restait sans conteste le point d'élection de la ponction abdominale.

Les auteurs qui ont observé récemment des cas de perforation de l'artère épigastrique, au cours de ponctions ascitiques, ont été ainsi amenés à faire de nouvelles recherches anatomiques sur les rapports de cette artère avec la ligne ombilico-iliaque. Leurs conclusions diffèrent dans une certaine mesure des données classiques et le choix du point de Monro comme lieu d'élection de la paracentèse abdominale s'en trouve ébranlé.

Trzebicky en 1890 fit porter ses recherches sur

33 cadavres dont le système artériel était préalablement injecté.

Dans un premier groupe, sur 23 cadavres à abdomen rétracté, concave, il a trouvé l'artère épigastrique cheminant 5 fois au niveau du point de Monro, chez 3 autres sujets elle passait en dedans de ce point mais n'en était séparée que par une distance de moins de 1 centimètre.

En second lieu sur 10 sujets à abdomen convexe ou distendu il a observé 2 cas où l'artère épigastrique passait au point d'élection, une troisième où elle n'en était éloignée que de 1/2 centimètre.

De plus cet auteur allemand a montré que dans les cas où l'épigastrique était distante du point de Monro, elle envoyait très fréquemment une branche qui se dirigeait en haut et en dehors croisant ainsi la ligne ombilico-iliaque presque toujours au voisinage du lieu d'élection. Cette grosse collatérale avait été décrite par Jarjavay comme une anomalie assez rare mais Trzebicky l'a constatée si souvent, dans ses dissections, qu'il la considère beaucoup plus dangereuse que le tronc même de l'épigastrique pour le médecin qui opère au point de Mouro, et il rappelle à ce propos un cas de Bérard où la blessure de ce rameau musculaire par le trocart entraîna à une issue fatale.

A la suite de ces recherches anatomiques M. Trzebicky s'est demandé quel déplacement pouvait subir le point de Monro dans le cas de gonflement ou d'expansion de la cavité abdominale.

« J'ai pris dit-il, le cadavre d'une femme à paroi abdominale flasque dont la circonférence était de 69 centimètres : la distance qui séparait l'ombilic de la symphyse pubienne était de 14 centimètres, celle de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure était de 13 centimètres. Après ces mensurations j'ai déterminé exactement le point de Monro ; puis par une ouverture pratiquée à l'ombilic j'ai injecté de l'eau dans la cavité abdominale.

Après l'injection la circonférence abdominale était de 73 centimètres, la distance entre l'ombilic et la symphyse est de 16 centimètres, celle qui sépare l'ombilic de l'épine iliaque est de 17 centimètres. Le milieu de la ligne ombilico-iliaque est reporté à $1/2$ centimètre en bas et en dehors. J'ai opéré sur deux autres sujets et j'ai observé les mêmes résultats : chez l'un le point de Monro était reporté à $1/2$ centimètre en bas et en dehors, chez l'autre le déplacement était de 1 centimètre $1/2$.

Nous citerons seulement cette expérience sans en tirer de conclusions, car elle ne reproduit pas les phénomènes qui se passent chez le malade. En effet tandis que Trzebicky détermine une expansion brusque de la paroi abdominale, chez le vivant le liquide ascitique s'accroît lentement, distendant progressivement cette même paroi.

Plus tard M. Boidin s'est efforcé également de préciser la situation des vaisseaux épigastriques par rapport au point de Mouro.

« Nous avons, dit-il, pratiqué nombre de piqûres

au point d'élection et remarqué que l'artère épigastrique passait très souvent bien près de ce point : la distance qui l'en séparait était en moyenne de 1 centimètre. Dans le cas de perforation que nous avons rapporté elle passait même en dehors du point de Monro, car la paracentèse avait été pratiquée sur la ligne ombilico-iliaque plus près de l'épine iliaque que de l'ombilic. »

Enfin, tout récemment, M. Lian a fait des recherches analogues sur 10 sujets.

Chez 2 d'entre eux l'artère épigastrique passait du côté droit en dedans du milieu de la ligne ombilico-iliaque, mais du côté gauche elle s'était épanouie déjà en ses branches terminales qui passaient immédiatement en dehors de l'aiguille perforatrice.

Chez un autre sujet l'épigastrique passait à droite et à gauche à 2 centimètres en dedans du point d'élection, mais une collatérale importante avait été intéressée par la piqûre du côté gauche.

Enfin chez un dernier sujet l'artère passait à 1 centimètre en dehors du point de Monro, du côté gauche, à 1/2 centimètre du côté droit.

En somme de toutes ces recherches anatomiques il ressort nettement que dans la grande majorité des cas, l'épigastrique passe nettement en dedans du point de Monro. Mais, comme l'ont bien établi les travaux récents, dans une minorité imposante de cas, tantôt elle envoie un gros rameau musculaire qui passe au point d'élection, tantôt elle-même che-

mine tout près, au niveau, ou en dehors de ce point.

Ces conclusions vont nous permettre de discuter le choix du point d'élection dans la paracentèse abdominale. Il est de toute évidence que l'intervention doit porter sur la partie antérieure et inférieure de l'abdomen.

Elle pourrait porter, comme le conseille Trzebicky, sur la ligne médiane. Cet auteur plante son trocart sur la ligne blanche à quelque distance au-dessous de l'ombilic en ayant soin de ne pas se rapprocher de la symphyse pubienne pour ne pas léser la vessie. Cette pratique a la préférence de la plupart des médecins anglais mais plusieurs auteurs ont signalé au-dessous de la ligne blanche la présence d'une grosse veine dont l'ouverture par le trocart peut déterminer une hémorragie assez abondante. Ajoutons que la ponction sur la ligne blanche ne présente pas des conditions aussi favorables pour l'écoulement du liquide que la ponction dans la fosse iliaque.

Nous sommes ainsi amenés à envisager les avantages du point de Monro. C'est en somme un point d'élection excellent pour la paracentèse abdominale. Le trocart pénètre à distance de la vessie du côlon iliaque et le plus souvent en dehors des vaisseaux épigastriques : nous n'en pouvons fournir de meilleure preuve que les innombrables paracentèses qui ont été pratiquées en ce point sans aucun accident. Cependant le choix de ce point peut entraîner dans certains cas la perforation de l'artère épigastrique, complication des plus redoutables, puisqu'elle a

entraîné la mort dans la plupart des cas. Et pour exceptionnel qu'il soit cet accident vient noircir le pronostic de cette intervention qui paraît si bénigne et que l'on pratique le plus souvent sans aucune appréhension.

Il importe donc de faire tous nos efforts pour rendre plus exceptionnelle encore cette terrible complication : c'est chose facile si nous consentons à changer le point classique de la paracentèse abdominale.

En effet le gros danger est la situation de l'épigastrique en dehors de son trajet normal. Reportons plus en dehors le point d'élection et nous aurons diminué les chances d'embrochement de cette artère.

Mais n'allons-nous pas faire courir au malade un autre danger ? En quittant le voisinage de l'épigastrique on se rapproche du domaine de la circonflexe iliaque profonde. En admettant que l'on reporte le point d'élection à l'union du tiers externe et du tiers moyen de la ligne ombilico-iliaque on reste encore à plus de 4 centimètres de la terminaison de l'artère circonflexe et de sa branche abdominale ou ascendante, car la ligne ombilico-iliaque mesure en moyenne 14 à 15 centimètres. Le trocart ne pourra atteindre au niveau de ce point, et cela dans des cas très rares, signalés par Ramsay, que des collatérales ascendantes assez volumineuses données par la circonflexe depuis son origine jusqu'à sa terminaison au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Quant au côlon on accroit théoriquement les chances de le léser en ponctionnant dans la moitié externe de la ligne ombilico-iliaque.

Mais en réalité lorsqu'on pratique la paracentèse le sujet est dans le décubitus latéral, le liquide ascitique est rassemblé dans les parties déclives et éloigne la paroi du côlon. Par conséquent pour peu qu'on limite avec l'index la longueur de pénétration du trocart, on évitera sûrement de perforer l'S iliaque.

Nous sommes ainsi amené à conclure avec M. Boidin et M. Lian qu'il est préférable de reporter plus en dehors le point d'élection de la paracentèse, et, avec ces auteurs, nous conseillons de faire pénétrer le trocart à l'union du tiers externe et du tiers moyen de la ligne ombilico-iliaque.

TRAITEMENT

L'hémorragie est la complication la plus rare de la paracentèse, et cependant, dit Velpeau, c'est l'inconvénient qui a le plus occupé les praticiens. Au xviii^e siècle, Petit-Radel donna un procédé d'hémostase qui fut très apprécié de Cruveilhier.

Il consistait à comprendre le trajet du trocart dans un large repli de parties molles, à le comprimer et même à le froisser entre l'index et le pouce.

Belloc préférait introduire dans la plaie de ponction un petit cylindre de cire ou mieux l'extrémité d'un rat de cave qui présentait des avantages au point de vue de l'introduction et de l'extraction à cause de la mèche.

Velpeau, dans son *Traité de Médecine opératoire*, conseille d'employer un petit morceau d'éponge préparée. « Cette éponge, dit-il, absorbant du liquide dans la partie profonde de la plaie, détermine une compression excentrique supérieure à celle que pourrait exercer une bougie en gomme élastique ou emplastique analogue à celles dont on se sert pour l'urètre. »

Tous ces procédés étaient employés contre les

hémorragies qui se produisent à l'extérieur ; les gros trocarts employés par ces auteurs favorisaient l'issue du sang par la plaie de ponction. L'usage des trocarts capillaires a permis aux praticiens d'éviter la plupart des complications de la paracentèse ; mais c'est également à ces instruments que nous devons la production de l'hémorragie à peu près exclusivement interne que nous avons vu survenir à la suite des cas où les vaisseaux de la paroi abdominale étaient intéressés, et les difficultés de diagnostic parfois considérables que l'on rencontre en face de ces complications vasculaires.

Le Dr Trzebický conseille, dans les cas d'hémorragie abondante, la compression de l'artère iliaque externe. Dans l'observation d'embrochement de l'artère épigastrique qui a été le point de départ de son étude sur la paracentèse il eut affaire à une malade qui dès la fin de la ponction présenta des symptômes alarmants d'hémorragie interne abondante, hémorragie qui, dit-il, ne pouvait provenir que de l'artère épigastrique. La compression de l'iliaque externe, effectuée pendant trois heures consécutives, lui permit de sauver le malade.

Telle est la seule conduite à tenir quand on se trouve en présence d'un malade dont l'épigastrique saigne abondamment dans la cavité abdominale. Cette compression peut rendre des services, car la blessure faite par le trocart est une piqûre ; l'étendue des plaies artérielles ne peut être très considérable, et en ralentissant le courant sanguin, comme

l'a fait Trzebicky, on peut espérer la formation des caillots obturateurs. Néanmoins il existe un réel obstacle à cette formation c'est le bout supérieur de l'épigastrique qui s'anastomose avec la terminaison de la mammaire interne au-dessus de l'ombilic. Ce bout supérieur peut continuer à donner du sang et dans ce cas la compression ralentira l'hémorragie mais ne l'arrêtera pas. Elle ne sera point un procédé d'hémostase parfait mais un procédé d'attente qui pourra faire gagner du temps au même titre que la compression de l'aorte dans les cas d'hémorragie utérine.

Le seul traitement rationnel à opposer à cette complication redoutable est l'intervention immédiate. Elle est nécessaire si on veut arracher le malade à une terminaison promptement fatale. Une incision verticale longue de 5 ou 6 centimètres, dont le milieu correspondra exactement au point de ponction, tel est le moyen le plus rapide d'arriver sur le vaisseau qui saigne. Si c'est l'artère épigastrique qui est transpercée on la découvrira à l'intérieur de la gaine aponévrotique du muscle droit soit au niveau de son bord externe, soit entre la masse charnue et le feuillet postérieur de la gaine ; si on a affaire à l'embrochement d'un de ses rameaux musculaires le bord externe du muscle droit servira encore de point de repère : l'origine de l'hémorragie sera rapidement constatée en dehors de ce muscle, l'intervention en sera plus facile et moins longue. La découverte du vaisseau effectuée,

le dernier temps de l'opération comprendra la ligature au-dessus et au-dessous de la plaie d'embrochement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Observation communiquée par le Dr Trzebicky in *Archiv. für Klinisch. Chirurg.*, 1891).

Chez une femme de 40 ans, multipare, assez affaiblie, à qui j'avais déjà pratiqué la paracentèse pour un ascite, qui était sous la dépendance d'une tumeur de l'ovaire inopérable, j'eus recours à une nouvelle ponction en raison de l'intensité de la gêne respiratoire.

J'enfonçai le trocart de Billroth, au milieu de la ligne ombilico-iliaque et retirai environ 10 litres d'une sérosité présentant une légère teinte rosée. L'état de la malade resta bon pendant toute la durée de l'opération qui se prolongea environ trois quarts d'heure.

Mais dès que j'eus retiré le trocart le tableau changea brusquement : la malade devint pâle, commença à se plaindre d'une gêne respiratoire, d'éblouissements ; le pouls radial faiblit, fut bientôt imperceptible, en même temps qu'un petit jet de sang rouge vif s'échappait par la plaie de ponction.

Je pensai immédiatement à l'ouverture de l'artère épigastrique par le trocart et me trouvant seul sans aides et sans instruments j'enfonçai mes deux poings fermés dans la fosse

iliaque gauche, vers le petit bassin, pour comprimer l'artère iliaque externe.

En même temps j'envoyais un mot au confrère le plus voisin qui habitait à un quart d'heure de la maison où je me trouvais le priant de venir et de se munir d'une seringue de Pravaz, d'éther et d'huile camphrée.

La compression eut un résultat satisfaisant ; le pouls rede-
vint perceptible, l'état général s'améliora peu à peu, et après
trois heures de compression non interrompue je pus remplacer
par un bandage compressif mes mains épuisées. Un épais tam-
pon d'ouate maintenu par quelques tours de bande permit une
compression profonde du petit bassin.

Après m'être assuré que le bandage compressif était bien
appliqué et que l'état de la malade était satisfaisant je pus
m'éloigner tranquillement. Quatre jours plus tard le bandage
était légèrement desserré et au bout de huit jours il fut sup-
primé.

OBSERVATION II

(Observation communiquée par M. Boidin, à la Société
d'anatomie, mai 1903).

Le nommé L..., âgé de 39 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, envoyé
par son médecin pour être ponctionné. Cette opération est
urgente, le ventre est énorme, il existe une circulation collaté-
rale considérable. Rien au cœur, pas d'albumine. Il s'agit net-
tement d'une cirrhose atrophique semblant remonter à trois ou
quatre mois. L'état général est excellent, aucune ponction n'a
encore été pratiquée.

Celle-ci est faite à gauche, au lieu d'élection, à 11 heures du matin et donne issue à 12 litres de liquide jaune citron absolument clair.

Quand on retire le trocart il sort un très léger jet de sang mais qui cesse immédiatement.

Malgré que ce sang soit sorti en jet on pense, vu sa minime quantité, qu'il s'agit d'une veine dans laquelle le sang comprimé par le trocart avait acquis une certaine pression et s'était échappé brusquement ; on ne songe plus à l'incident.

Nous sommes rappelé auprès du malade à 2 heures de l'après-midi parce que, nous dit-on, il est devenu très pâle et est couvert de sueurs. Nous montons immédiatement, le malade était mort. Nous découvrons le pansement, l'abdomen est énorme, mais l'orifice du trocart est absolument net.

A l'autopsie on trouve l'artère épigastrique transpercée, les veines intactes ; un large hématome obstrue l'orifice extérieur tandis que l'orifice intérieur est largement ouvert dans le péritoine rempli de sang. Tous les organes sont exsangues.

OBSERVATION III

(Observation communiquée par M. Lian, interne des hôpitaux, à la Société d'Anatomie, novembre 1906).

M^{me} X..., âgée de 68 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Laënnec le 9 août 1906, salle Monneret, dans le service de M. Barré.

Depuis le mois de juin son ventre a augmenté progressivement de volume, elle présente en outre quelques troubles gastro-intestinaux. L'interrogatoire et l'examen de la malade

font porter le diagnostic de corrhose atrophique alcoolique avec ascite.

Le 24 août la malade se plaint d'une grande gêne respiratoire ; on ponctionne l'ascite. Il s'écoule 10 litres de liquide absolument clair jaune citrin. Cet écoulement amène un soulagement notable dans les jours qui suivent.

Le 22 septembre la malade présente encore des phénomènes dyspnéiques assez marqués, l'épanchement s'est reformé, une seconde ponction est jugée nécessaire. La première paracentèse avait été faite à 1 centimètre en dehors du point de Monro du côté gauche ; la seconde est faite exactement au milieu de la ligne ombilico-iliaque du même côté.

Quand on a retiré le trocart, il s'écoule par la plaie quelques gouttes de sang mais ce suintement cesse aussitôt ; on obture la plaie cutanée et on enveloppe l'abdomen d'une large bande de flanelle. La malade se déclare une deuxième fois soulagée.

Le soir, à la contre-visite, elle se plaint d'une gêne douloureuse dans l'abdomen. Elle est pâle, elle a eu quelques nausées ; pas de vomissements. La température est à 37 degrés, le pouls bat à 100 pulsations par minute, mais il est bien frappé.

Le 23 septembre la malade se sent très abattue ; elle est pâle, elle continue à souffrir dans tout le ventre, elle a de la diarrhée comme les jours qui avaient précédé la ponction.

L'abdomen est douloureux partout à la pression, mais il se laisse déprimer facilement et il n'y a pas la moindre défense musculaire. La percussion révèle de la sonorité dans toute l'étendue du ventre : il n'y a pas d'épanchement cliniquement appréciable. La température est à 37°3, le pouls à 113.

En somme les phénomènes objectifs font repousser le dia-

gnostic de péritonite et d'hémorragie interne, et M. de Massary est amené à penser qu'il s'agit d'une légère réaction péritonéale douloureuse, sous la dépendance de la brusque décompression abdominale.

Le 24 septembre, l'état est stationnaire, la malade accuse les mêmes signes que la veille ; la percussion révèle en outre de la matité dans les fosses iliaques.

Le 25, la percussion révèle une zone de matité beaucoup plus étendue que la veille. L'épanchement semble se reproduire assez vite.

Enfin le 27 septembre la malade accuse un malaise intense, elle rejette quelques gorgées de sang, sa température est à 39 degrés, le pouls à 120 : elle meurt à huit heures du soir.

A l'autopsie il s'écoule, de la cavité abdominale, 7 litres de liquide fortement teinté par le sang. La coloration rouge noirâtre de ce liquide est très intense et on a l'impression que la cavité péritonéale renferme une grande quantité de sang mêlé à du liquide ascitique. Puis on découvre dans la fosse iliaque gauche un gros caillot allongé et accolé au gros intestin. On examine le péritoine pariétal dans la région correspondante au point où a été pratiquée la paracentèse et on voit, faisant saillie sur la surface péritonéale, un petit coagulum fibrineux, cruorique, gros comme une noisette, et on constate que ce petit caillot se poursuit par un petit pédicule dans la lumière de l'artère épigastrique qui a été embrochée par le trocart. Tout autour de la lésion artérielle se trouve un hématome peu important qui s'est collecté derrière le péritoine pariétal.

Tous les organes abdominaux sont exsangues. En somme la mort de la malade est due à l'embrochement de l'artère épigastrique par le trocart au cours de la seconde ponction ascitique.

CONCLUSIONS

L'embrochement de l'artère épigastrique au cours de la paracentèse reste une complication exceptionnelle mais elle mérite d'être connue à cause de sa gravité.

Cet accident peut se présenter à nous sous diverses formes ; le plus souvent il évoluera avec une rapidité telle qu'une intervention même immédiate ne sera pas certainé de sauver le malade.

D'autres fois cette même complication s'installera insidieusement : les phénomènes hémorragiques n'apparaîtront que lorsque le médecin se sera éloigné de son malade mais ils seront encore assez intenses pour aboutir à la terminaison fatale deux ou trois heures après la paracentèse.

Enfin plus exceptionnellement l'évolution sera plus lente encore : les phénomènes cliniques pourront se dérouler pendant plusieurs jours après la ponction ; leur complexité induira facilement en erreur le médecin non averti.

La possibilité de cet accident assombrit le pronostic de la paracentèse ; quelle que soit la forme clinique qui se présentera la terminaison fatale sera fré-

quemment observée, soit qu'un diagnostic exact ne sera pas porté, soit que l'éclosion des phénomènes cliniques se produira en l'absence du médecin, soit encore que ce dernier sera seul et dans l'impossibilité d'intervenir en temps utile.

Sans avoir le pessimisme du Dr Trzebicki à propos du point de Monro qui reste dans la plupart des cas un point d'élection parfaitement bon nous croyons qu'il serait préférable de le reporter en bas et en dehors à l'union du tiers externe et du tiers moyen de la ligne ombilico-iliaque. Le trocart aurait moins de chances d'atteindre l'artère épigastrique et les conditions de déclivité pour l'écoulement du liquide ascitique seraient aussi favorables qu'au point de Monro.

Le seul traitement à opposer à cette redoutable complication sera la ligature après débridement et nous pouvons dire avec le docteur Trzebicki que les rares observations d'embrochement de l'artère épigastrique doivent être un sage avertissement pour le médecin et l'engager à se munir de tous les instruments nécessaires pour une ligature chaque fois qu'il aura à pratiquer une paracentèse abdominale.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

SABATIER. — Traité de Chirurgie.

VELPEAU. — Nouveaux éléments de Méd. opératoire, t. V 1

FESTY. — Thèse de Paris, 1873.

POIRIER. — Traité d'Anatomie descriptive, t. III.

TESTUT et JACOB. — Traité d'Anatomie topographique.

WIDAL (W.). — Art. Paracentèse, in Dict. des Sc. méd.

DIEULAFOY. — Art. Paracentèse in Nouveau Dict. de Méd. et
Chir.

TRZEBICKY. — Archiv. für klinisch. Chirurg., t. XL, 1891.

BOIDIN. — Bulletin de la Société d'Anatomie, mai 1903.

LIAN. — Bulletin de la Société d'Anatomie, nov. 1906.

